

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

M23-014094

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0006304**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ENOUSKI**

ABDELJALIL

Date de naissance : **25/05/1975**

Adresse : **LISASFA 207 EL KOUTAMA 1000**

Tél. : **07.111.94.969**

Total des frais engagés : Dhs

Dr. ASMOUN Ahmed

Spécialiste des Maladies de l'Appareil

Digestif & Assistant Titulaire

d'Endocrinologie et Diabète

Place de La Victoire - 8, Bd.

Khouribga 2ème Etage Derb Omer

Casablanca Tél : 022.31.58.50/41

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **21 Nov 2023**

Nom et prénom du malade : **OUARDY Aïcha** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ja Maladie de la

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21 Nov 2023 | C1 | 1 | 200.00 | Dr. ASMOUN Ahmed Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif Titulaire d'Excellence Diplôme d'Etat N° 022312450/41 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue 8 Lissasta Extension - CASABLANCA Tél: 05 22 93 48 40 | 21.11.23 | 174.10 |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

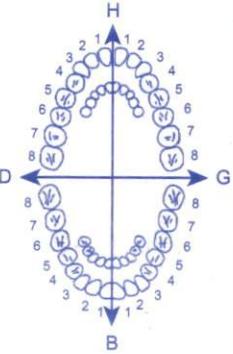
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

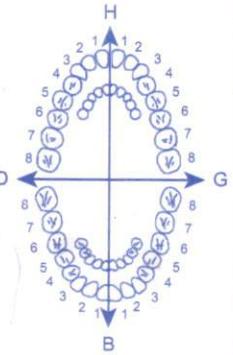
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ODF PROTHESES DENTAIRES

| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | Coefficient DES TRAVAUX |
|---|----------------------------|----------------------------|
| H | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | | |
| [Création, remont, adjonction] | | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
|  | | MONTANTS DES SOINS |
| | | DATE DU DEVIS |
| | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ASMOUN Ahmed

SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

ESTOMAC, FOIE, INTESTIN

Chirurgie anale: Hérmorroides, Fistules, Fissures

Endoscopie digestive

Ex ASSISTANT TITULAIRE D'ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE

Ex ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE

CASABLANCA

الدكتور أسمون أحمد

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

جراحة المخرج وال بواسر

داخلي سابق بقسم أمراض السكر والغدد

مدرس سابق بكلية الطب

بالدار البيضاء

Casablanca le : 21 Nove 2023 الدار البيضاء في :

Dr ASMOUN Ahmed

19.60 Hemoflash ~~SV~~

14.10.22 - Hemoflash sup N.2

9.50 - Venula ~~SV~~

27.50 - S102/04 ~~SV~~

17.4.10 my 3 M/

PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue 8 Lissabon
Extension - CASABLANCA
Tél: 05 22 93 48 40

Dr. ASMOUN Ahmed
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif. Assistant Titulaire
d'Endocrinologie et Diabète
Place de la Victoire - 8, Bd.
Khouribga 2ème Etage Derb Omar
Casablanca Tél: 05 22 31 58 50

8, Bd Khouribga N° 10 - 2ème Etage Tél : 05 22 31 58 41 / 50 - Fax : 05 22 31 58 50

ICE : 002215254000088 - INPE : 091013169

Hemofast®

6 Suppositoires
Voie rectale

